

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| MACIAS           | BARCIA           | ADAMS ALEXANDER | 09                  | 02  | 2017 | 9 años, 1 meses, 9 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | Pais           | Identificación    | Lugar de residencia |            |            | Dirección                             | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|------------|------------|---------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352530933        | MANABI              | ROCAFUERTE | ROCAFUERTE | CALLE ATANACIO SANTOS y AVENIDA SUCRE | 098-153-3508 / (00)-000-0000 |
| Ver instructivo | Describir Pais | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón     | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria          | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1352530933      | RESBALON                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D12 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |                      | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|----------------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Otorrinolaringología | 2026  | 03  | 18  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad         | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente escolar de 8 años de edad que acude a consulta por presentar cuadros de epistaxis a repetición de aproximadamente 9 meses de evolución. Los episodios se caracterizan por sangrado nasal de inicio espontáneo, de moderada cantidad, autolimitado en la mayoría de ocasiones, con una frecuencia aproximada de 2 a 3 veces por semana. La madre refiere que los episodios ocurren tanto en reposo como durante actividades cotidianas, sin relación aparente con factores desencadenantes específicos. Niega antecedentes de traumatismo nasal, manipulación digital frecuente, exposición a cuerpos extraños, así como síntomas acompañantes como fiebre, rinorrea, congestión nasal, cefalea o dolor facial. No se reportan otros episodios hemorrágicos (gingivorragia, equimosis, hematuria) ni antecedentes personales o familiares de trastornos de la coagulación. Debido a la persistencia y recurrencia del cuadro, se considera necesario descartar patología estructural o vascular de la cavidad nasal, por lo que se decide referencia al servicio de Otorrinolaringología para valoración especializada, estudio etiológico y manejo correspondiente.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
| EPISTAXIS   | R040   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 14:10 | Medicina Rural | MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA | 1313690909 |       |

### III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

#### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo | Servicio | Especialidad |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------|----------|--------------|
|                     |                 |                          |      |          |              |

| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |      |               |   | Fecha |     |     |
|---------------------------------------|--------------------------|------|---------------|---|-------|-----|-----|
|                                       |                          |      |               | / |       |     |     |
| Entidad del Sistema                   | Establecimiento de salud | Tipo | Distrito/Area |   | día   | mes | año |

#### 2. Resumen del cuadro clinico

#### 3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

#### 4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

#### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------|--------|-----|-----|
|             |        |     |     |

#### 6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2026-03-18 | 14:10 | Medicina Rural | MELANIE MICHELLE CHICA VERGARA | 1313690909 |       |